

**FORMULARIA DE TOMA DE CONSEJERIA-B**

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Direccion Completa \_\_\_\_\_

Telefono de Casa \_\_\_\_\_ Telefono de Trabajo \_\_\_\_\_

Correo Electronico \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Trabajo \_\_\_\_\_ Total de horas por semana \_\_\_\_\_

Miembro de la familia (que no sea los padres) para notificar en caso de emergencia:

Nombre \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

**Historia de Salud Fisica y Mental**

Salud General \_\_\_\_\_

Esta bajo un cuidado medico por alguna herida o enfermedad? \_\_\_\_\_

Si esta en cuidado medico, nombre del doctor \_\_\_\_\_

Razon por el cuidado de los medicos \_\_\_\_\_

Esta tomando algun medicamento? \_\_\_\_\_ Tipo de medicamento \_\_\_\_\_

Razon para los medicamentos \_\_\_\_\_ Ultimo examen medico \_\_\_\_\_

Usted fuma? \_\_\_\_\_ Usted usa drogas? \_\_\_\_\_ Si usa drogas, que tipo? \_\_\_\_\_

Usted toma? \_\_\_\_\_ Cuanta cantidad toma? \_\_\_\_\_

Usted ha sido hospitalizado por una enfermedad fisica? \_\_\_\_\_

Por que razon a estado hospitalizado? \_\_\_\_\_

**FORMULARIA DE TOMA DE CONSEJERIA-B**

Ha tenido condiciones cronicas? \_\_\_\_\_

Usted o algunos de sus miembros de la familia han sido diagnosticados con la enfermedad mental? \_\_\_\_\_

Cual o cuales? \_\_\_\_\_

Ha tenido terapia/consejeria anteriormente? \_\_\_\_\_

Si a tenido, donde, cuando, por cuanto tiempo y la razon? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alguna vez ha sido hospitalizado por enfermedad mental? \_\_\_\_\_

Si fue hospitalizado cual fue la razon? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Esta actualmente bajo el cuidado de otro consejero/terapeuta? \_\_\_\_\_

Si la respuesta es si, cual es el nombre de el/la consejero/terapeuta? \_\_\_\_\_

**Informacion de Sistema Familiares**

Lugar de nacimiento? \_\_\_\_\_ Cuanto tiempo vivio el su lugar de nacimiento? \_\_\_\_\_

Identidad etnica? \_\_\_\_\_

Identidad de genero? \_\_\_\_\_

Esta su padre vivo? \_\_\_\_\_ Donde vive su padre? \_\_\_\_\_

Describe la relacion con su padre \_\_\_\_\_

Esta su madre viva? \_\_\_\_\_ Donde vive su madre? \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ # de Matrimonios \_\_\_\_\_

Vive con su esposo/esposa \_\_\_\_\_ Por cuanto tiempo \_\_\_\_\_ Nombre de esposa/esposo \_\_\_\_\_

Vive con su compañero \_\_\_\_\_ Por cuanto tiempo \_\_\_\_\_ Nombre del compañero \_\_\_\_\_

Niños: #1 M F Edad \_\_\_\_\_ #2 M F Edad \_\_\_\_\_ #3 M F Edad \_\_\_\_\_ #4 M F Edad \_\_\_\_\_ #5 M F Edad \_\_\_\_\_

Si fue criado por alguien mas que sus padres biologicos, describa la situacion con algun detalle.

\_\_\_\_\_

**FORMULARIA DE TOMA DE CONSEJERIA-B**

**Miembros de la Familia de Origen**

| Relacion | Nombre | Genero | Edad | Ultimo Nivel de escuela completado | Ocupacion si no esta en la escuela |
|----------|--------|--------|------|------------------------------------|------------------------------------|
| Padre    |        |        |      |                                    |                                    |
| Madre    |        |        |      |                                    |                                    |
| Brother  |        |        |      |                                    |                                    |
| Brother  |        |        |      |                                    |                                    |
| Brother  |        |        |      |                                    |                                    |
| Sister   |        |        |      |                                    |                                    |
| Sister   |        |        |      |                                    |                                    |
| Sister   |        |        |      |                                    |                                    |

Familia de origen alcoholismo o violencia domestica? \_\_\_\_\_

Familia de origen adicciones sexuales o abuso? \_\_\_\_\_

Padres divorciados? \_\_\_\_\_ Si estan divorciados, que año? \_\_\_\_\_ Edad cuando paso? \_\_\_\_\_

Si los padres fallecieron, que año? \_\_\_\_\_ Su edad cuando paso? \_\_\_\_\_ Causa de muerte? \_\_\_\_\_

Si tus hermanos fallecieron, que año? \_\_\_\_\_ Tu edad cuando paso? \_\_\_\_\_ Causa de muerte? \_\_\_\_\_

Tiene padrastrros? \_\_\_\_\_ Si tiene padrastrros, describa cuando y su relacion con ellos \_\_\_\_\_

**Historia Espiritual**

|  |                           |
|--|---------------------------|
| Religion de Niñez _____                                  | Religion Presente _____   |
| Es su religion una parte importante de su vida?<br>_____ | Por que/Por que no? _____ |

**Estado Emocional**

Esta experimentando actualmente estres? \_\_\_\_\_ Si tiene estres, describa abajo:

---



---

**FORMULARIA DE TOMA DE CONSEJERIA-B**

Usando la escala a continuacion, elija un numero que refleje la magnitud de su preocupacion por cada uno de los temas que se enumeran a continuacion. Por favor califique cada articulo.

|                                  |          |          |          |          |
|----------------------------------|----------|----------|----------|----------|
| <b>0 (NO PREOCUPACION)</b>       | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
| <b>5 (PREOCUPACION MODERADA)</b> | <b>6</b> | <b>7</b> | <b>8</b> | <b>9</b> |
| <b>10 (PREOCUPACION EXTREMA)</b> |          |          |          |          |

- |  |   |
|--|---|
| _____ Enfado                             | _____ Privacidad del cuerpo/areas privadas  |
| _____ Depresion                          | _____ Pensamientos de hacerse daño          |
| _____ Educacion                          | _____ Cansado todo el tiempo                |
| _____ Dificultades para comer            | _____ Dificultad para tomar decisiones      |
| _____ Espanto                            | _____ Infeliz todo el tiempo                |
| _____ Nerviosismo                        | _____ Uso de alcohol en la familia          |
| _____ Uso de drogas en la familia        | _____ Problemas fisicos/enfermedad          |
| _____ Problemas con los grados escolares | _____ Problemas con las relaciones sociales |
| _____ Problemas con otros niños          | _____ Preocupacion                          |
| _____ Problemas con los padres           | _____ Problemas con los padres              |

Otro \_\_\_\_\_

Estas experimentando actualmente emociones fuertes? \_\_\_\_\_

Si tienes emociones fuertes, describe abajo:

---

---

## FORMULARIA DE TOMA DE CONSEJERIA-B

---

Toma decisiones basadas en sus emociones? \_\_\_\_\_

Que tan bien funciona eso para usted? \_\_\_\_\_

Has tenido lo que se consideraria como traumas de infancia o otras cosas? \_\_\_\_\_ Si has tenido, describa aqui:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Alguna vez ha sido tratado por disturbios emocionales? \_\_\_\_\_

Si lo an tratado por distubios emocionales, cuando? \_\_\_\_\_

Has tenido pensamientos de suicidio? \_\_\_\_\_ Si los has tenido, cuando? \_\_\_\_\_

Tienes pensamientos de suicidio en este momento? \_\_\_\_\_

### Aficiones y Actividades Despues de la Escuela

Actividad 1 \_\_\_\_\_ Cuanto tiempo ha participado? \_\_\_\_\_

Actividad 2 \_\_\_\_\_ Cuanto tiempo ha participado? \_\_\_\_\_

Actividad 3 \_\_\_\_\_ Cuanto tiempo ha participado? \_\_\_\_\_

Cual es su horario despues de la escuela?

|           |  |
|-----------|--|
| Lunes     |  |
| Martes    |  |
| Miercoles |  |
| Jueves    |  |
| Viernes   |  |

**FORMULARIA DE TOMA DE CONSEJERIA-B**

**Situacion Presente**

Desciba la razon por acudir hoy a terapia/consejeria?

---

Describa cuanto tiempo ha tenido este problema? \_\_\_\_\_

---

Describa que le gustaria experimentar ahora que es diferente a lo que ha estado experimentando?

---

Ha habido momentos en que el problema mejoro o desaparecio? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si habido momentos, cuando?

---

Que cree que le ayudo? \_\_\_\_\_

---

Ha habido momentos en que los problemas fueron especialmente dificiles? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si ha habido momentos dificiles, cuando? \_\_\_\_\_

Que lo hizo facil?

---

---

Hay otras personas que juegan un papel importante en causar sus problemas? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Hay otras personas que ayudan a lidiar con sus problemas? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

---

## FORMULARIA DE TOMA DE CONSEJERIA-C

Explique brevemente:

---

---

---

Diga algo mas en el espacio que usted piensa que seria util para su terapeuta saber. Por ejemplo, esta considerando un cambio de vida ahora mismo?

---

---

---

---

---

Que espera obtener del asesoramiento?

Planea asistir a consejeria con otro miembro de su familia? Si es asi, con quien?

---

---

---

---

---

Que noches de la semana esta usted disponible para asesoramiento? \_\_\_\_\_

Cuantas semanas puede comprometerse con la sesion de consejeria?

---

